白立古诞匠疲费(睦加洛仲匠废)去处窃中由建聿														
自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書 〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行(理由: )〕※1														
	フリガナ										生	年 月	В	
障害者·児	受診	含者氏名						年齢	歳	大・日	3 • 平 •	令	年 月	∄ ⊟
	יכ	リガナ						-						
	受診	含住所	(〒	_	)				電話番号					
	個。	人番号												
受診者が	フリガナ			u.	J.	II.		1	受診者との	43			, <del>5</del> 0./	<b>V</b> [2]
	保護者氏名								関係(いずれかに〇)	父 兄弟	・ β姉妹・そ	母 · その他 (	• 祖公	) (¤
が 場1	フリガナ													
合8 歳 未	保護者住所 ※2		(〒	_	)				電話番号 ※2					
満の	保護者	個人番号												
-	保険の種類 ※3						退職本人 ・ 、 その他	退職家族)	、船保()	本人・家庭	族)、 各科	重共済 (本 <i>,</i>	人・家族)	) ,
担短	受診者の被保険者証 の記号及び番号						保険者名							
負担額に関	受診者と同一保険 の加入者													
関する事	受診者 の加入	と同一保険 者個人番号												
事項	該当する所得区分※4		生保 •	低1 •	低2 •	中間1 ・	中間2 ・	一定以上	重度かつ 継続 ※4	===	<b>亥当</b> •	非該当	<ul><li>未申</li></ul>	請
7.	障害年	金等 ※5	無	有(	種類:									)
身体障害者·精神障害者 保健福祉手帳番号							有效	帳の 加期限	令和	年月		手帳の 等級		級
受診を希望す る指定自立支 援医療機関 (薬局・訪問 看護事業者を 含む)			9	೬ 療 様	幾 関 名	<u>s • 所</u>	在 地	• 電	話番	号			変更の時	
														追加•削除
														追加•削除
院・診														追加•削除
ア、訪	デイケ 問看護 してく													追加•削除
	1. %6													追加•削除
受給者番号 ※7		를 ※7						受給者証の 限 ※7	令和 (	平成	年 年	月 月		B)
治療方針の変更 ※8		有		•	無		断書の添付 、※9		有		•	無		
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														
	申請者」	氏名				E	3 ※10							
		年	月	$\Box$					福岡県精	神保健福	祉センタ·	一所長	殿	

- 該当する新規・再認定・変更(自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合)・ 他県からの転入・再発行(理由を記載すること)のいずれかに〇をする。 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- жз 該当する保険の種類全てに〇をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。 ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。(有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別 児童扶養手当等の種類も記入。)

市町村受付印

- ※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に〇をする。 ②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。
- ※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。 ※8 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう。)の方のみ記入する。 ※9 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写し)の添付状況に〇をする。
- ※10 申請者氏名については、記名押印(印鑑は3枚全てに押すこと)又は自筆による署名の いずれかとする。
- 注)申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

自治体記入欄(再発行の場合	合は、受付市町村名のみ記載してください。)	
受付市町村名		
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 重度かつ 継続 該当 ・ 非該当 ・ 未申請	
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上   重度かつ   総続   該当 ・ 非該当 ・ 未申請	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証	
別付底哪會類	生活保護受給世帯の証明書その他収入等を証明する書類(	
前回の受給者番号	今回の受給者番号	
診断書の提出	医療用(1年目) ・ 医療用(2年目) ・ 手帳用(1年目) ・ 手帳用(2年目) ・ 手帳で新規	
	市町村受付印	
備考		

(株式第9号 (第8条関係) 自立支援医療費 (精神通院医療) 支給認定申請書													
日立文援医療負 (精神通院医療) 文船認定申請書 〔新規・再認定・変更・他県からの転入・再発行(理由: )〕※1													
	フリガナ								生 年 月 日				
障害者	受診者氏名						年齢	歳	大・昭	3 • 平 • =	令	年	月 日
	フリガナ	/=		\			•						
· 児	受診者住所	(〒	_	,				電話番号					
	個人番号												
受診者が18歳未満の 負担額に関する事項	フリガナ					•		受診者との関係(いず	父		<u>₽</u>	• 祖:	父母
	保護者氏名							れかに(の)	兄弟	∮姉妹・そ	:の他 (		)
	フリガナ	(〒	_	)									
	保護者住所 ※2	` .	Т	1			Т	電話番号 ※2		T	T	1	
	保護者個人番号												
	保険の種類 ※3	健保(本)	人 ・ 家族 災、 生保	) <b>、</b> 国保 ( 受給中	( 一般 · • 申請中)	退職本人 • ) 、 その他	退職家族	)、船保(	(本人・3	家族)、 各	各種共済(: )	本人・家	族) <b>、</b>
	受診者の被保険者証 の記号及び番号					保険者名							
に関	受診者と同一保険 の加入者												
すっ	受診者と同一保険 の加入者個人番号												
事で	該当する所得区分 ※4	生保 •	低1 •	低2 •	中間1 ・	中間2 ・	一定以上	重度かつ 継続 ※4		<b>ś</b> 当 •	非該当	· 未申	∄
垻	障害年金等 ※5	無	有 (	種類:				•	•				)
	   障害者・精神障害者   保福祉手帳番号						帳の )期限	令和	年月	3 8	手帳の 等級		級
受診を	発望す 種別		医	療機	関名		在地	· 電	話番	号	- July		変更の時
援医療													追加•削除
(薬局・訪問 看護事業者を 含む) ************************************													追加・削除
種別に	には、病 診療所、												追加•削除
薬局、	デイケ       問看護												追加•削除
	(してく 1。※6												追加•削除
受給者番号 ※7							給者証の 限 ※7	令和	平成	年 年	月 月	3	B)
治療	方針の変更 ※8	有		•	無	前年度診	断書の添付 ※9		有	•	•	無	
	私は、上記のとお	り、自立	支援医療	費の支給を	を申請し	ます。							
	申請者氏名				FI	D							
	年	月	В		ч	- 10		福岡旧特	油保健垣	祉センタ	一所是	殿	
		73						油凹乐相	11年1末度16	間ピンタ	FIIX	<b>供又</b>	
自治体	本記入欄(再発行の場合 エム本際は名	合は、受付	市町村名の	み記載して	ください。	。)							
<u> </u>	受付市町村名							重度かつ	I	=+ \	JE		
前回所得区分						中間2・		選及がう 継続 重度かつ			非該当		
今回所得区分						中間2 ・		継続	ficon⇒		非該当		3
	所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証   生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( )											
 前回の受給者番号		生活保護受給世帯の証明書その他収入等を証明する書類()											
	診断書の提出		プロジスボロロロコ   医療用(1年目) ・ 医療用(2年目) ・ 手帳用(1年目) ・ 手帳用(2年目) ・ 手帳で新規									 規	
							1					·	
								高心人	定日		健福祉 一受付印	市町村	村受付印
俳	黄 考												